	Informe de Auditoría Interna	**Código**	FCI-42 v.01
		Página	1 de 1

Auditoría Nº	**PROCESO AUDITADO**			**Fecha**		
				Día	**Mes**	**Año**
Ciclo 2026	CONTROL INTERNO DE GESTIÓN			08	10	2026
Auditor Líder	MARITZA CONSTANZA GAMBOA	**Representante de la Alta Dirección**	EDWIN OMAR JAIMES RICO			
Nombre(s) del Equipo Auditor		**Cargo**				
AMÉRICA ELIZABETH RAMÍREZ MONCADA		AUDITOR INTERNO				

Objetivo(s)	**Alcance**
Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la NTC ISO 9001:2015, Decreto 1072 de 2015 y la normatividad interna y externa aplicable en cada uno de los procesos identificados en la Universidad de Pamplona.	Auditorías Internas a 25 procesos entre los que se encuentran de Direccionamiento Estratégico, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y Control que integran el SIG y se encuentran documentados en el Centro Interactivo, Auditorías Especiales y de Entes de Control.
Documentos de Referencia (Criterios)	Norma Técnica de Calidad NTC ISO 9001:2015, ISO 19011:2018, Resolución No. 1054 del 20 de diciembre de 2024 "Política Institucional de Gestión y Administración del Riesgo", MECI, PCI-10 Auditorías Internas de Calidad, Decreto 1072 de 2015, Formatos, Documentación de los Procesos vigente, Matriz de Requisitos Legales, FCI-19 "Plan de Acciones Correctivas", Mapas de Riesgos, Programa de Transparencia y Ética Pública - PTEP, Matriz de Comunicación, Matriz de Partes Interesadas, identificación de las cuestiones internas y externas, Centro Interactivo.

Fecha de Apertura	**Día**	**Mes**	**Año**	**Fecha de Cierre**	**Día**	**Mes**	**Año**
	07	09	2026		12	11	2026

Aspectos Relevantes	• Los procedimientos del proceso sostienen su función en la institución con controles concretos. El PCI-11 prioriza las auditorías según el nivel de riesgo mediante el FCI-45, el PCI-12 exige carta de representación y hallazgos redactados con condición, criterio, causa y efecto, y el PCI-10 define los requisitos de competencia de los auditores. • En la auditoría externa de 2025, ICONTEC reconoció el acompañamiento y la sensibilización que la oficina brinda a los procesos, así como la formación de 35 auditores internos. • La formación de esos 35 auditores le da a la Universidad capacidad propia para cubrir el programa anual de auditorías a los 29 procesos del SIG. Con auditores formados en distintas dependencias, la oficina puede conformar equipos en los que nadie audita su propio trabajo, lo que protege la imparcialidad que exige la ISO 19011:2018. Además, el conocimiento de la norma y de los requisitos del sistema llega a más funcionarios, que luego lo aplican en sus propios procesos. • El proceso entrega y publica los informes de ley dentro de los plazos fijados por los entes de control, y lleva un seguimiento cuatrimestral de sus riesgos documentado en actas. • Las auditorías específicas (Seguridad Vial, Comedores y Rendición de Cuentas) y las píldoras informativas para supervisores de contratos son buenas prácticas: ayudan a los procesos a corregir antes de las auditorías externas y a entender mejor sus obligaciones.

Aspectos por Mejorar	• Realizar la gestión ante la administración del SIG para que sea publicada en el Centro Interactivo la versión actualizada de la caracterización HAC-13 y conservar el soporte de la solicitud, que debe incluir también la corrección del listado maestro de formatos (hoy aparece el del proceso de Gestión Académica). • Ajustar la actividad 10.3 del PCI-12 y retirar la restricción que impide planificar auditorías a procesos con plan de acciones correctivas abiertos (FCI-19). • Unificar el nombre del formato FCI-31 en el PCI-12 y en los instructivos ICI-02 e ICI-05. • Revisar la actividad 3 del instructivo ICI-02, que exige un acta FAC-08 firmada por los participantes en cada arqueo de caja menor. En los arqueos revisados esa acta no se elaboró, así que se debe empezar a levantarla o ajustar el instructivo a la forma en que hoy se desarrolla el ejercicio. • Promover el diligenciamiento de la encuesta de satisfacción para que el indicador se calcule sobre una muestra representativa. • Hacer el seguimiento mensual al FAC-23 que exige el numeral 6.1 del PCI-11, justificar y reprogramar las actividades que no se cumplieron en su fecha y reportar esos cambios al SIG con el acta FAC-08. Si el seguimiento mensual no resulta práctico para el proceso, ajustar el numeral 6.1 del PCI-11 a la periodicidad con que realmente se hace.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	**4.1** Comprensión de la organización y de su contexto	Los funcionarios de la dependencia conocen y saben ubicar la matriz institucional de contexto de la organización (DOFA). En ella están identificados los factores internos y externos que se relacionan con los procesos a cargo de la oficina y que podrían afectar el desarrollo de sus actividades. Los compromisos del MECI sobre el contexto organizacional se socializaron con el equipo, como consta en el Acta 002 del 30 de enero de 2026.
CONFORMIDAD	**4.4.1 a)** Determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas del proceso	Las entradas y salidas del proceso están definidas con claridad en la caracterización HAC-13. El objetivo del proceso ya fue actualizado, pero esa versión todavía no se ha publicado en el Centro Interactivo.
CONFORMIDAD	**4.4.2** Mantener y conservar información documentada	El proceso guarda la información documentada que produce en un repositorio de la plataforma Nextcloud, administrada por el Centro de Investigación Aplicada y Desarrollo en Tecnologías de la Información (CIADTI). Cada funcionario respalda la información a su cargo según los procedimientos que aplica y conserva allí las evidencias de las auditorías que realiza.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	**5.2** Política de la calidad	Durante la auditoría se verificó que el líder del proceso y los funcionarios conocen la Política de Calidad y entienden cómo su trabajo contribuye a cumplirla. Esa contribución se concreta en el plan de gestión, en las metas propuestas y en la evaluación del cumplimiento de los objetivos, que se hace a través del SPEI y de la información contable de la institución. En el día a día, el equipo aporta a la política con el control, la organización y el acompañamiento que brinda a los demás procesos. Así vela por la correcta aplicación de las normas y por el cumplimiento de lo planificado.
CONFORMIDAD	**5.3** Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	Los roles y responsabilidades del proceso están definidos en la matriz institucional. La matriz fue socializada, el líder y su equipo la conocen y la aplican en su trabajo, lo que favorece la toma de conciencia. En las entrevistas, los funcionarios mostraron compromiso con las funciones que tienen asignadas dentro del proceso.
CONFORMIDAD	**6.1.2** Acciones para abordar riesgos y oportunidades	Los riesgos del proceso se revisaron y actualizaron, como consta en el Acta 002 del 30 de enero de 2026. Se identificaron nueve riesgos: seis de gestión, dos de corrupción y uno de seguridad de la información. El seguimiento del primer cuatrimestre quedó registrado en el Acta 007 del 24 de abril de 2026 y el del segundo en el Acta 009 del 28 de julio de 2026. El equipo ha ejecutado los controles propuestos y los riesgos se mantienen bajo control.
CONFORMIDAD	**6.2** Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	El proceso contribuye a los objetivos de calidad de la institución, en particular al cuarto: "Fortalecer la Gestión Organizacional y la Sostenibilidad Financiera Institucional". En el trabajo diario esto se ve en el esfuerzo del equipo por reducir los tiempos de respuesta a los requerimientos, cumplir el programa de auditorías, atender los asuntos radicados en la oficina y mantener sus indicadores de satisfacción.
CONFORMIDAD	**6.2.2** Planificación de acciones para lograr los objetivos de la calidad	Para la vigencia 2026, el proceso cuenta con dos instrumentos de planificación: el FAC-23 v.05 «Planificación, Control y Seguimiento de Actividades», con 78 actividades programadas, y el FCI-46 «Plan Anual de Auditorías Internas». Mediante Acta No. 001 del 22 de enero de 2026 se documentó la planificación de las actividades y la formulación del Plan Anual de Auditorías, considerando los cinco roles de las Oficinas de Control Interno, los criterios de priorización y la disponibilidad de personal. Posteriormente, mediante Acta No. 003 del 16 de febrero de 2026, se dejó constancia del diligenciamiento del FAC-23 en su versión 05, incorporando las actividades previamente establecidas y contemplando la posibilidad de incluir actividades adicionales durante la vigencia.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	**6.3** Planificación de los cambios	El Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua (FAC-49) se aprobó en el Acta 003 del 16 de febrero de 2026 e incluye tres acciones de mejora. La más relevante está en curso desde el año anterior y consiste en estructurar las guías para rendir los informes de ley ante los entes de control externo, entre ellos SIRECI (Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes), SIA Contraloría y SIA Observa (Sistema Integral de Auditoría), CHIP (Consolidador de Hacienda e Información Pública), FURAG, el reporte a la Dirección Nacional de Derecho de Autor y el sistema de la Procuraduría General de la Nación para el registro, seguimiento y generación del Índice de Transparencia y Acceso a la Información (ITA). Según el seguimiento registrado en el Acta 009 del 28 de julio de 2026, ya se cumplió una de las acciones, correspondiente a la actualización de la matriz de requisitos legales, y el plan registra un avance del 39,6 %. La estructuración de las guías presenta un avance gradual, teniendo en cuenta que cada ente de control requiere un volumen considerable de información y que su preparación demanda una dedicación importante del equipo de trabajo.
CONFORMIDAD	**7.1.4** Ambiente para la operación de los procesos	Durante la auditoría se observó un buen clima laboral y disposición del equipo para trabajar en conjunto. La oficina tiene un espacio amplio, buena iluminación y puestos de trabajo adecuados para las personas que laboran allí, condiciones suficientes para desarrollar las actividades del proceso.
CONFORMIDAD	**7.3** Toma de conciencia	Se verificaron las actividades de toma de conciencia que el proceso desarrolla internamente y que quedan registradas en las actas del grupo de mejoramiento. En las entrevistas, los funcionarios demostraron conocer la Política de Calidad y los objetivos de calidad que corresponden al proceso. También explicaron cómo su labor contribuye a la eficacia del Sistema Integrado de Gestión y qué implicaciones tiene no cumplir sus requisitos, por ejemplo, en la confiabilidad de los informes de auditoría y en los plazos de entrega a los entes de control.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	**7.4** Comunicación	Se verificaron las comunicaciones internas del proceso y las dirigidas a los entes de control, que se tramitan mediante memorandos y correo electrónico. Asimismo, se evidenció que la página web de la Oficina dispone de un espacio destinado a divulgar información y actividades relacionadas con sus líneas de acción. Como buena práctica, durante la vigencia 2026 la Oficina ha fortalecido sus estrategias de comunicación y fomento de la cultura del control mediante la elaboración y divulgación de píldoras informativas dirigidas a los supervisores de contratos, para facilitar la comprensión de sus responsabilidades y obligaciones, así como de píldoras de autocontrol orientadas a promover la autoevaluación, la responsabilidad individual y el mejoramiento de las actividades cotidianas. Estas iniciativas contribuyen a sensibilizar a los servidores públicos y a fortalecer la cultura del control y la prevención en la Universidad.
OPORTUNIDAD DE MEJORA	**7.5.2 y 7.5.3** Creación, actualización y control de la información documentada	Los procedimientos del proceso coinciden con el listado maestro de documentos, y todos los formatos están vinculados a los procedimientos e instructivos que los usan. En el Centro Interactivo, sin embargo, el listado maestro de formatos asociado al proceso corresponde a otro proceso (Gestión Académica). Conviene pedir por escrito al SIG que corrija este listado y conservar el soporte de la solicitud. La caracterización HAC-13 figura en versión 00, sin fecha ni historial de cambios, aunque el informe de auditoría de 2025 indica que se actualizó en abril de 2024 y se envió al SIG en julio de 2024. El formato FCI-31 aparece con nombres distintos en el PCI-12 y en los instructivos ICI-02 e ICI-05.
8.1. Planificación y Control operacional		
CONFORMIDAD	**8.1** Planificación y Control Operacional	Para evaluar la planificación y el control operacional del proceso, se revisaron los procedimientos e instructivos que orientan el desarrollo de sus principales actividades, así como los registros y evidencias asociados a su ejecución, entre ellos: **PCI-07 – Relación con los entes externos de control:** Se revisó el calendario de entrega de informes de 2026 y una muestra de los informes presentados. Se evidenció que estos se encuentran publicados en la página web institucional y fueron entregados dentro de los plazos establecidos por los respectivos entes de control.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
	8.1 Planificación y Control Operacional	**ICI-02 – Arqueo de caja menor:** Se revisaron dos arqueos de caja menor, correspondientes a Bienestar Universitario, donde se verificó el uso total de los recursos, y a la Vicerrectoría de Investigaciones, cuya caja menor aún no había sido utilizada. En ninguno de los dos casos se encontró el acta FAC-08 exigida en la actividad 3 del instructivo para dejar constancia del arqueo y de la participación de quienes intervienen. **ICI-05 – Verificación de asistencia a clase:** Se revisó el seguimiento realizado a los docentes de las asignaturas Técnicas de Representación I y II del programa de Arquitectura, a quienes se solicitaron descargos mediante correo electrónico, con copia al director del programa. **PCI-12 – Auditorías internas específicas de control interno:** Se revisaron las siguientes auditorías específicas y en cada una se verificó la aplicación completa del procedimiento: • Auditoría a Seguridad Vial. • Auditoría a Comedores. • Auditoría al proceso de Rendición de Cuentas, que se realiza cuando ese proceso termina. Las tres cuentan con la documentación que pide el procedimiento y con sus evidencias en formatos y registros fotográficos. Sus resultados les permiten a los procesos auditados corregir antes de las auditorías de los entes externos, y los propios procesos han manifestado que estas auditorías les ayudan a mejorar sus actividades. La actividad 10.3 del procedimiento prohíbe planificar una nueva auditoría a un proceso mientras su plan de acciones correctivas (FCI-19) siga abierto. Esa regla podría dejar sin auditar un proceso de alto riesgo y, en la práctica, no se aplica, teniendo en cuenta que la Oficina considera necesario realizar auditorías de seguimiento cuando los riesgos identificados así lo ameritan. Por esta razón, en 2026 se auditaron nuevamente el Seguimiento al plan de capacitaciones del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y el Seguimiento a Infraestructura del proceso de Planeación, aunque ambos tenían acciones correctivas de 2025 sin cerrar. Se recomienda ajustar el procedimiento para que corresponda con la práctica y permita priorizar las auditorías de acuerdo con los riesgos identificados. En términos generales, las evidencias revisadas permiten reconocer la aplicación de controles en las actividades desarrolladas por la Oficina. No obstante, se identificaron oportunidades para fortalecer la trazabilidad documental de los arqueos de caja menor y revisar la pertinencia de las disposiciones establecidas en el procedimiento PCI-12, de manera que exista coherencia entre lo documentado y la práctica institucional.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	**8.2.1** Comunicación con el Cliente	Para evaluar la comunicación con los clientes y partes interesadas, se revisaron los mecanismos utilizados por la Oficina para suministrar información y recibir retroalimentación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: **a) Comunicación con el cliente** El proceso informa a sus clientes y partes interesadas a través de su página web y de la información que entrega en las auditorías de los entes externos. La mayor parte de la comunicación se hace por correo electrónico y por teléfono, y de manera presencial cuando el caso lo requiere. **b) Retroalimentación de los clientes, incluidas las quejas** El líder del proceso informa que no se han recibido quejas, solicitudes ni sugerencias por el módulo de PQRSD ni por otros medios. La Oficina de Atención al Ciudadano lo confirmó en el memorando del 9 de julio de 2026, donde indica que no había quejas registradas sobre el proceso.
CONFORMIDAD	**8.2.2** Determinación de los requisitos para los productos y servicios	Los funcionarios conocen la Matriz de Requisitos Legales FAJ-15 v.03 y saben identificar los requisitos que aplican a cada procedimiento. La matriz se revisó en el Acta 003 y se envió por correo electrónico al Sistema Integrado de Gestión el lunes 16 de febrero de 2026. Su contenido fue validado por la Oficina Jurídica. Adicionalmente, se evidenció el cumplimiento de la directriz impartida por el Sistema Integrado de Gestión para consolidar y actualizar la Matriz de Requisitos Legales, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía SGI-06 y la Resolución 1081 de 2025. Para ello, mediante correo electrónico del 23 de febrero de 2026, se remitió el Acta No. 005, junto con el borrador de la matriz consolidada en archivo Excel.
CONFORMIDAD	**9.1.1** Seguimiento, medición, análisis y evaluación: generalidades	Para el seguimiento y evaluación del desempeño del proceso, Control Interno de Gestión cuenta con tres indicadores: Medición de la Satisfacción del Cliente; Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias Resueltas; y Cumplimiento del Plan de Actividades de Control Interno de Gestión. Adicionalmente, se realizan los seguimientos a las actividades planificadas y, en articulación con la Oficina de Planeación, se participa en la verificación del (SPEI), como parte de los mecanismos de seguimiento a la gestión institucional.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
CONFORMIDAD	**9.1.2** Satisfacción del cliente	El grupo de mejoramiento hace seguimiento a la satisfacción de las partes interesadas, como consta en el Acta 009, a partir del reporte que el proceso de Atención al Ciudadano y Transparencia genera desde el módulo de PQRSDF. El resultado fue de 100 % de usuarios satisfechos. Ese resultado sale de apenas 15 encuestas respondidas, una muestra pequeña para un seguimiento semestral. Se recomienda promover entre los usuarios el diligenciamiento de la encuesta, para que el indicador Medición de la Satisfacción del Cliente tenga una base más representativa.
CONFORMIDAD	**9.1.3** Análisis y evaluación	**b) El grado de satisfacción del cliente** Mediante Acta No. 009 del 28 de julio de 2026, se revisó el indicador de Medición de la Satisfacción del Cliente, con un resultado del 100 %, correspondiente a 15 respuestas de usuarios satisfechos. Así mismo, mediante Memorando No. 180-106.124 del 9 de julio de 2026, la Oficina de Atención al Ciudadano y Transparencia informó que no se reportaron requerimientos PQRSDF relacionados con Control Interno de Gestión durante el segundo trimestre de 2026. **d) Si lo planificado se ha implementado de forma eficaz** Se revisaron los seguimientos realizados a los instrumentos de planificación del proceso, registrados en las actas del grupo de mejoramiento. En el Acta No. 007 del 24 de abril de 2026, el FAC-23 registró un avance del 30,3 %, con 11 actividades ejecutadas, 33 en ejecución y 34 no ejecutadas; por su parte, el FAC-49 presentó un avance del 33,3 %, con una actividad ejecutada y dos no ejecutadas. Posteriormente, en el Acta No. 009 del 28 de julio de 2026, se registró para el FAC-23 un avance del 52,2%, con 23 actividades ejecutadas, 34 en ejecución y 21 no ejecutadas. En cuanto al FAC-49, el avance fue del 39,6%, con una actividad ejecutada, una en ejecución y una no ejecutada. Las actas cuentan con el detalle de las actividades, su descripción de avance y los respectivos soportes y evidencias. Adicionalmente, en el Acta No. 009 se precisó que el indicador de Cumplimiento del Plan de Actividades de Control Interno de Gestión tiene periodicidad de medición anual, por lo que no aplicaba su evaluación en ese seguimiento.

Hallazgos de Auditoría		
Tipo	**Requisito**	**Descripción**
	9.1.3 Análisis y evaluación	**e) La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades** Mediante Acta No. 007 del 24 de abril de 2026 se revisó el mapa de riesgos y, como resultado del análisis realizado por el equipo, se propusieron ajustes a su estructura y formulación, con el propósito de fortalecer la correspondencia entre los riesgos identificados, los controles y las actividades establecidas. Posteriormente, en el Acta No. 009 del 28 de julio de 2026 se efectuó el segundo seguimiento al mapa de riesgos y se concluyó que los riesgos establecidos se habían controlado mediante la ejecución de los controles propuestos.
CONFORMIDAD	**10.2 y 10.2.1** No conformidad y acción correctiva	En la auditoría interna realizada al proceso de Control Interno de Gestión durante la vigencia 2025 no se registraron no conformidades. No obstante, en el conjunto de las auditorías internas de dicha vigencia se registraron 32 no conformidades, de las cuales 14 procesos todavía trabajan en su cierre. Para acompañarlos, los funcionarios de la Oficina de Control Interno de Gestión se repartieron el seguimiento de esos procesos, de modo que cada uno tiene un responsable que los acompaña hasta el cierre de sus acciones.
CONFORMIDAD	**10.3** Mejora continua	Se revisaron las tres oportunidades de mejora formuladas por ICONTEC a la Oficina de Control Interno en 2025, relacionadas con la seguridad vial, la disponibilidad para atender auditorías no previstas y el fortalecimiento de los objetivos del programa de auditoría frente al seguimiento de hallazgos pendientes. También se revisó el avance del FAC-49 en la elaboración de las guías para la rendición de informes de ley. El equipo muestra compromiso con la mejora continua, reflejado en el FAC-49 «Plan de Gestión del Cambio y Mejora Continua» y en el trabajo adelantado para la elaboración de dichas guías. A partir de una sugerencia de la auditoría externa de ICONTEC, el Sistema Integrado de Gestión realizó un ajuste al formato FAC-23, incorporando una sección denominada «Acciones adicionales», con el propósito de permitir el registro de actividades que surjan durante la vigencia y que no hayan sido contempladas en la planificación inicial. Este ajuste aplica a todos los procesos. Por otra parte, en atención a la oportunidad de mejora formulada por ICONTEC frente al cumplimiento de los requisitos legales en materia de seguridad vial, la Oficina de Control Interno incluyó desde la planificación inicial una auditoría específica para verificar el cumplimiento de dichos requisitos por parte de la Oficina de Planeación, la cual fue ejecutada durante la vigencia 2026.

Conclusiones
El proceso de Control Interno de Gestión presenta un nivel de cumplimiento favorable frente a los requisitos de la NTC ISO 9001:2015 y la normatividad interna verificados durante la auditoría. De los 21 requisitos evaluados, 20 resultaron conformes y en uno se identificó una oportunidad de mejora. Adicionalmente, se formularon aspectos de mejora y recomendaciones. No se registraron no conformidades. Se destaca el conocimiento del equipo sobre el contexto institucional, la Política de Calidad, los riesgos y las responsabilidades del proceso, así como el seguimiento a sus actividades mediante los espacios de trabajo y registros establecidos. De igual manera, se reconoce el acompañamiento que realiza la Oficina a los demás procesos en el seguimiento de sus acciones correctivas y el cumplimiento de sus responsabilidades institucionales, labor que también fue reconocida por ICONTEC en 2025. Las oportunidades de mejora identificadas constituyen posibilidades para fortalecer la gestión documental, la aplicación de los procedimientos e instructivos, la trazabilidad de las actividades de control y los mecanismos de seguimiento y medición del proceso. Se recomienda que la Oficina analice cada uno de los aspectos identificados y determine el tratamiento más adecuado, teniendo en cuenta su naturaleza y alcance. Aquellos que puedan resolverse mediante ajustes o correcciones inmediatas podrán atenderse directamente, dejando los respectivos soportes; mientras que las situaciones que requieran acciones planificadas, cambios documentales o mejoras de mayor alcance podrán incorporarse al FAC-49, según corresponda. Asimismo, es conveniente mantener el seguimiento a los instrumentos de planificación y a los indicadores del proceso.

Elaboró	Aprobó	Validó
Elizabeth Ramírez M. **AMÉRICA ELIZABETH RAMÍREZ MONCADA**	**YAMAL ELÍAS LEAL ESPER**	**MARITZA CONSTANZA GAMBOA**
Auditor Interno	**Líder Proceso Auditado**	**Auditor Líder**